

「特定給食施設等栄養管理報告書」記入要領

(別紙様式1・・・病院・診療所)

この報告書は、給食施設における給食運営及び栄養管理等の状況を把握するために、健康増進法第24条第1項及び奈良市健康増進法施行細則第5条の規定により報告を求めるものです。

保健所長が指定する期日の内容について記入し、保健所長が指定する日までに提出してください。報告者は施設管理者（当該施設長）とします。従って、委託給食の場合も委託者である当該施設長が報告してください。

この報告書は2部作成し、1部を保健所へ提出し、1部を施設で保管してください。

【Excelファイルの色分けについて】

※ **オレンジ色**：セルを選択して数値等直接入力してください。

水色：プルダウンリストがありますので該当する項目のセルを選択し、プルダウンリストから「○(マル)」を選択してください。

	年月日	令和8年6月1日時点の状況を記入してください。
給食施設設置者	※設置者とは、市立の施設であれば「市長」、法人であれば「理事長等の法人の代表者」であり、施設長ではありません。	
	設置者住所	法人にあつては、主たる事業所の所在地
	設置者氏名	法人にあつては、法人名及び理事長等法人の代表者の職名・氏名 (例) 事業所：〇〇株式会社 代表取締役社長〇〇 施設：社会福祉法人△△ 理事長△△ 民間機関：医療法人□□ 理事長□□
基本情報	施設名	施設の正式名称を記入してください。
	施設種類	該当するものを○で選択してください。その他の場合は記入してください。
	所在地	施設の所在地、郵便番号を記入してください。
	電話番号(他)	施設の電話番号、FAX番号、E-mailアドレスを記入してください。
	管理者名	施設管理者(当該施設長)の職名と氏名を記入してください。
	健康増進法第21条の規定による指定	健康増進法第21条第1項の規定により「奈良市保健所長による管理栄養士必置の指定」の有無について、該当するものを○で選択してください。
	栄養管理責任者	施設の栄養管理責任者について、部署名・職名・氏名を記入してください。
	入院時食事療養費	入院時食事療養費の区分について、該当するものを○で選択してください。
	給食の運営方式	業務委託の有無について該当するものを○で選択してください。 業務委託ありの場合は、(注1)の部分に、委託業者名称・施設内受託責任者の職種・氏名を記入してください。 委託内容は該当するものをすべて○で選択し、その他の場合は記入してください。
	病床数	許可病床数を記入してください。
	給食従事者数	従事者人数をその職種別に、施設側、委託先それぞれについて記入してください。 ※人数を記入するものですので「整数」でご記入ください。 ※「常勤」とは、当該施設においてほかの正規職員と同様な勤務形態(目安として1日6時間以上かつ月20日以上勤務)にある場合をいいます。 ※管理栄養士・栄養士・調理師は有資格とします。 ※管理栄養士であるものは、栄養士に含めません。 また、栄養士・調理師の資格を併せ持っている場合は、いずれか主な業務の資格について記入してください。 ※委託先とは、当該施設に従事している職員数であり、委託先本社等の職員数ではありません。
食数	朝昼夕、その他、職員食ごとの食数について、報告月前月の一日の平均食数を記入してください。 ※当該施設以外へ提供している食数は含めません。 ※整数で記入し、小数第一位は四捨五入してください。	
施設外への給食提供	当該施設以外へ給食を提供している場合、施設名を記入してください。 また、施設外へ提供する食数を記入してください。 ※例えば、介護老人保健施設と病院が同一厨房において給食提供している場合も該当します。	

体制整備	栄養管理等に関する会議(給食関係会議)	施設における会議について、年間の開催回数を記入してください。 会議を構成する職種について該当するものを○で選択してください。
	従事者の研修(人材育成)	施設側と委託先、管理栄養士(栄養士)と調理師(員)を区別して、それぞれ前年度実績の参加回数を記入してください。 施設内研修も含まれます。 また、委託業者が実施する研修会等の参加実績及び内容の確認に有無についても該当するものを○で選択してください。
	危機管理	危機管理等の対応について該当するものを○で選択してください。 非常食糧等の備蓄が「有」の場合は、その量を記入してください。 ※食事に関するインシデント事例の報告については、報告実績の有無に関わらず、インシデント事例発生時の報告体制が整備されている場合は「有」を選択してください。 ※事故時(食中毒等)及び非常災害対策マニュアルは、施設全体としてではなく給食部門としての危機管理マニュアルを指します。(非常時等に給食部門が対応できる内容となっていれば、施設全体のマニュアルでも構いません)。
計画及び実施	栄養アセスメントの実施率	アセスメントの実施率を記入してください。
	栄養管理計画の実施率	栄養管理計画の対象となる人の実施率を記入してください。
	栄養量及び食品構成(常食)※	常食の栄養量及び食品構成について、 ①栄養素ごとに一人1日あたりの給与栄養目標量及び実給与栄養量を記入してください。 複数の給与栄養目標量を設定している場合、最も食数の多い食事の給与栄養目標量を記入してください。 ②食品構成の一人1日あたりの食品群別目標量及び食品群別平均給与量を記入してください。 ※実給与量については、前月分を記入してください。 ※栄養量の数値については、日本食品標準成分表2020年版(八訂)に準ずる(端数は四捨五入)
	食事時間	朝昼夕の食事開始時刻を記入してください。
	食材料費	常食一人1日あたりの報告月の食材料費を記入してください。その他の経費は含めません。
	奈良市の栄養関連施策項目	最も提供数の多い食数について、野菜の目標量及び提供量を記入してください。 ※ここでいう野菜とは、緑黄色野菜及び淡色野菜をさします。いも類は含みません。 【参考】奈良市21健康づくり<第3次>(令和6年度～令和17年度)では、市の健康課題である生活習慣病の予防の観点において、栄養・食生活領域では以下の4つを行動目標としています。施設における野菜摂取状況を記入してください。 ・朝食を毎日食べましょう。 ・主食・主菜・副菜がそろった食事をしよう。 ・野菜を1日350g以上とりましょう。 ・適塩を心がけましょう。
評価	給与栄養量の評価	年間の実施回数を記入してください。
	患者による食事評価	年間の実施回数を記入してください。
	検食	検食者の職種について該当するものを○で選択してください。
	喫食量調査	方法について該当するものを○で選択し、その他の場合は記入してください。
栄養情報の提供・栄養指導	栄養成分表示を記載した献立表の掲示	献立表の掲示の有無について、該当するものを○で選択してください。
	健康・栄養情報の提供	入院・外来者及び地域住民を対象とした健康・栄養情報の提供の有無について該当するものを○で選択してください。
	栄養指導の状況	入院患者、外来患者及び訪問指導の別に、該当するものを○で選択してください。診療報酬算定の有無は問いません。
	報告書作成者	報告書作成者の担当部署名、職名、氏名を記入してください。 施設の所在地と報告所作成者の連絡先が異なる場合は、住所、連絡先TELを記入してください。